

## FICHE D'INSCRIPTION 2016-2017

Photo

Cadre réservé aux animateurs :

Certificat Médical    Att Ass    Vaccins    Ass Mal    Att CAF

**Nom et prénom de l'Enfant :** .....

Date de naissance : .....

Sexe :    Fille                       Garçon                      Taille : ..... Pointure : .....

Etablissement scolaire fréquenté : .....

..... Classe : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

L'enfant sait nager :    oui                       Non

**Nom et prénom du père:** .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél domicile : ..... Mobile : .....

E.mail : .....

Profession : .....

Tél professionnel : .....

**Nom et prénom de la mère :** .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél domicile (si différent du père) : ..... Mobile : .....

E.mail : .....

Profession : .....

Tél professionnel : .....

### A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LES PARENTS !

Quotient familial : .....

N° allocataire CAF : .....

N° sécurité sociale (couvrant l'enfant) : .....

Autre régime (MSA...) : .....

Assurance : .....

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné (e) Mme, M. ....

Responsable légal de Nom : ..... Prénom : .....

- Déclare l'inscrire à l'Accueil de Loisirs sans Hébergement de « **Les P'tits Cœurs de Saintonge** » et avoir souscrit une assurance responsabilité civile ;
- L'autorise à participer aux animations. Il est impératif d'annuler une inscription au plus tard 7 jours avant celle-ci. Toute absence non justifiée sera facturée sauf pour raison médicale ou pour raison familiale grave : justificatif à fournir obligatoirement.
- L'autorise à pratiquer les activités sportives et déclare m'être assuré(e) de l'absence de toute contre-indication.
- L'autorise à se baigner et m'engage à fournir un test d'aptitude aux activités nautiques et aquatiques si besoin.
- Autorise les personnes mandatées par l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures médicales nécessaires (traitement médical, hospitalisation, opération chirurgicale, etc.) en cas de besoin.

### **Autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon enfant :**

NOM : .....	Prénom : .....	☎ : .....	Lien de parenté :
NOM : .....	Prénom : .....	☎ : .....	Lien de parenté :
NOM : .....	Prénom : .....	☎ : .....	Lien de parenté :
NOM : .....	Prénom : .....	☎ : .....	Lien de parenté :

### **Prise de photos**

- Accepte la prise de photos lors des différentes activités et sorties proposées
- Accepte la diffusion par l'accueil de loisirs des images prises lors des activités sur le site internet de l'association et le Facebook de l'association
- Accepte la parution des images dans des journaux locaux.
- Accepte l'utilisation des images lors de manifestations au sein de l'association (Assemblée générale, exposition photos...)

Nous vous rappelons que vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978). Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser à la responsable de l'accueil de loisirs.

- Souhaite faire les recommandations suivantes :

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal:



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui  non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME      oui  non       MÉDICAMENTEUSES      oui  non   
ALIMENTAIRES      oui  non       AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## LISTE DES DOCUMENTS A REMETTRE (Lors de l'inscription)

- Attestation Quotient Familial avec numéro allocataire CAF, si attestation manquante, le tarif le plus élevé sera appliqué
- Photocopies de l'attestation d'assuré social et de la carte vitale
- Photocopie des certificats de vaccinations à jour
- Attestation d'assurance Responsabilité Civile au nom de l'enfant
- Justificatif d'inscription à l'école maternelle si l'enfant n'a pas 3 ans
- Bons vacances MSA
- 1 photo d'identité de l'enfant
- Certificat médical préalable à la pratique d'activités physiques et sportives
- Si l'enfant sait nager, test d'aptitude à la pratique d'activités nautiques et aquatiques
- Pour l'été, moyen de paiement (chèque, espèces, CESU...)



Partie réservée à l'association les « P'tits cœurs de Saintonge »

Documents manquants

- Attestation Quotient Familial avec numéro allocataire CAF, si attestation manquante, le tarif le plus élevé sera appliqué
- Photocopies de l'attestation d'assuré social et de la carte vitale
- Photocopie des certificats de vaccinations à jour
- Attestation d'assurance Responsabilité Civile au nom de l'enfant
- Justificatif d'inscription à l'école maternelle si l'enfant n'a pas 3 ans
- Bons vacances MSA
- 1 photo d'identité de l'enfant
- Certificat médical d'aptitude aux activités sportives
- Si l'enfant sait nager, test d'aptitude à la pratique d'activités nautiques et aquatiques
- Pour l'été, moyen de paiement (chèque, espèces, CESU...)